

SEGURO COLECTIVO DE VIDA ACREEDOR



Solicitud de Seguro

COBERTURA DE DESEMPLEO

Expediente No.

No. de Póliza:

Marcar con ☒ la opción escogida

1. Datos Generales del Contratante Persona Jurídica ☐ Empresa de Gobierno ☐ Entidad Supervisada ☐ ONG ☐

Razón Social		Nombre Comercial	
Tipo de Capital: Pública ☐ Privada ☐ Mixta ☐		R.T.N (adjuntar fotocopia):	
Giro/actividad económica:		URMOPRELAFT	
Nombre del Contador:		N° de empleados:	
No. Inscripción en Registro Mercantil (anexar copia escritura social)		País de Constitución	Fecha de Constitución
Dirección Completa:			
Departamento	Municipio	Teléfono	Fax
Correo electrónico		Sitio Web	
¿La Empresa pertenece a un Grupo Financiero o Económico? Si ☐ No ☐			
Nombre del Grupo Financiero o Económico:			
¿La Empresa cuenta con filiales en el extranjero? Si ☐ No ☐		¿Dónde?	
¿La Empresa previene y controla el lavado de activos y financiamiento al terrorismo? Si ☐ No ☐			
Proveedores Principales			
Nombre Completo		Nombre Comercial	

Información Financiera

Montos declarados		Ingresos	Egresos	Montos declarados		Activos	Pasivos
L 00.01	L 250,000.00	☐	☐	L 00.01	L 500,000.00	☐	☐
L 250,000.01	L 500,000.00	☐	☐	L 500,000.01	L 1,000,000.00	☐	☐
L 500,000.01	L 1,000,000.00	☐	☐	L 1,000,000.01	L 3,000,000.00	☐	☐
L 1,000,000.01	L 3,000,000.00	☐	☐	L 3,000,000.01	L 5,000,000.00	☐	☐
L 3,000,000.01	L 5,000,000.00	☐	☐	L 5,000,000.01	L 10,000,000.00	☐	☐
L 5,000,000.01	L 10,000,000.00	☐	☐	L 10,000,000.01	L 15,000,000.00	☐	☐
L 10,000,000.01	L 15,000,000.00	☐	☐	L 15,000,000.01	L 20,000,000.00	☐	☐
L 15,000,000.01	L 20,000,000.00	☐	☐	L 20,000,000.01	L 30,000,000.00	☐	☐
L 20,000,000.01	En adelante	☐	☐	L 30,000,000.01	En adelante	☐	☐

Detalle el origen de los recursos: _____

¿Recibe otros ingresos adicionales al de su actividad principal? Si ☐ No ☐		Realiza transacciones en moneda extranjera? Si ☐ No ☐
Fuente	Valor mensual	Tipo de Moneda: Dólar ☐ Euro ☐ Otra: ☐
¿Posee Productos en Banco Davivienda? Si ☐ No ☐ Tipo de Producto(s):		

Información de Accionistas o Asociados (con el 5% o más de participación)		Cantidad de Accionistas:	
Tipo de Documento	No. De Documento	Nombre y/o Razón Social	% de Participación

"En caso de tener más accionistas reportar la totalidad accionaría en una Hoja Adicional"

Favor indicarnos los miembros que forman parte de la Junta Directiva

Nombre	Puesto que desempeña en la Junta Directiva

2. Datos Generales del Representante Legal

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	RTN
Tarjeta de Identidad ☐ Pasaporte ☐ Carnet de Residente ☐		No. de Identificación:		
Lugar de Nacimiento		Fecha de Nacimiento	Edad	Nacionalidad
Ciudad	País	D M A		Sexo F ☐ M ☐
Estado Civil	Soltero ☐ Casado ☐ Separado ☐ Viudo ☐ Divorciado ☐ Unión Libre ☐			
Nombre del Cónyuge	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
Ocupación Actual	Asalariado ☐ Independiente ☐ Pensionado ☐ Ama de Casa ☐ Estudiante ☐			
Profesión u oficio		Actividad económica	Actividad comercial	
Nombre de la Empresa donde labora		Posición/cargo que desempeña	Antigüedad laboral	
¿Posee negocio propio? Si ☐ No ☐				
Nombre del Negocio:				
Giro/Actividad del Negocio			URMOPRELAFT	
¿Ha desempeñado un Cargo Público en los últimos cuatro (4) años?			Si ☐ No ☐	
Nombre de la institución		Nombre del cargo desempeñado	Desde	Hasta

Dirección Completa de Residencia:	Cobro ☐	Notificaciones ☐
Residencial/barrio/colonia,bloque,avenida,calle,casa		
Punto de referencia	Departamento	Municipio
Correo electrónico	Teléfono de residencia	Celular

Dirección Completa de Trabajo:

Residencial/barrio/colonia,bloque,avenida,calle,edificio		
Punto de referencia	Departamento	Municipio
Correo electrónico	Teléfono	Fax

Información Financiera del Representante Legal

Montos declarados		Ingresos	Egresos	Montos declarados		Activos	Pasivos
L 00.01	L 34,648.17	☐	☐	L 00.01	L 1,000,000.00	☐	☐
L 34,648.18	L 69,296.34	☐	☐	L 1,000,000.01	L 3,000,000.00	☐	☐
L 69,296.35	L 111,493.90	☐	☐	L 3,000,000.01	L 5,000,000.00	☐	☐
L 111,493.91	L 230,987.80	☐	☐	L 5,000,000.01	L 7,500,000.00	☐	☐
L 230,987.81	L 577,469.50	☐	☐	L 7,500,000.01	L 10,000,000.00	☐	☐
L 577,469.51	En adelante	☐	☐	L 10,000,000.01	En adelante	☐	☐

Detalle el origen de los recursos: _____

¿Recibe otros ingresos adicionales al de su actividad principal? Si ☐ No ☐		Realiza transacciones en moneda extranjera? Si ☐ No ☐	
Fuente	Valor mensual	Tipo de Moneda: Dólar ☐ Euro ☐ Otra: ☐	

3. Persona Autorizada para contratar (En caso de que sea distinta al Representante Legal)

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	RTN
Tarjeta de Identidad ☐ Pasaporte ☐ Carnet de Residente ☐ No. de Identificación: _____				
Lugar de Nacimiento	Fecha de Nacimiento	Edad	Nacionalidad	Sexo
Ciudad	País	D M A		F ☐ M ☐
Estado Civil	Soltero ☐ Casado ☐ Separado ☐ Viudo ☐ Divorciado ☐ Unión Libre ☐			
Nombre del Cónyuge	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
Ocupación Actual	Asalariado ☐ Independiente ☐ Pensionado ☐ Ama de Casa ☐ Estudiante ☐			
Profesión u oficio	Actividad económica	Actividad comercial		
Nombre de la Empresa donde labora		Posición/Cargo que desempeña		Antigüedad laboral
¿Posee negocio propio? Si ☐ No ☐				
Nombre del Negocio: _____				
Giro/Actividad del Negocio			URMOPRELAFT	
¿Ha desempeñado un Cargo Público en los últimos cuatro (4) años? Si ☐ No ☐				
Nombre de la Institución	Nombre del cargo desempeñado		Desde	Hasta

Dirección Completa de Residencia:

Residencial/barrio/colonia,bloque,avenida,calle,casa		
Punto de referencia	Departamento	Municipio
Correo electrónico	Teléfono de residencia	Celular

Información Financiera de la persona Autorizada para contratar

Montos declarados		Ingresos	Egresos	Montos declarados		Activos	Pasivos
L 00.01	L 34,648.17	☐	☐	L 00.01	L 1,000,000.00	☐	☐
L 34,648.18	L 69,296.34	☐	☐	L 1,000,000.01	L 3,000,000.00	☐	☐
L 69,296.35	L 111,493.90	☐	☐	L 3,000,000.01	L 5,000,000.00	☐	☐
L 111,493.91	L 230,987.80	☐	☐	L 5,000,000.01	L 7,500,000.00	☐	☐
L 230,987.81	L 577,469.50	☐	☐	L 7,500,000.01	L 10,000,000.00	☐	☐
L 577,469.51	En adelante	☐	☐	L 10,000,000.01	En adelante	☐	☐

Detalle el origen de los recursos: _____

¿Recibe otros ingresos adicionales al de su actividad principal? Si ☐ No ☐		Realiza transacciones en moneda extranjera? Si ☐ No ☐
Fuente	Valor mensual	Tipo de Moneda: Dólar ☐ Euro ☐ Otra: ☐

4. Otros Seguros de Vida

¿Tiene otros seguros con esta Compañía? Si ☐ No ☐	
¿Qué tipo de Seguros?	
¿En que otra compañía tiene o ha tenido seguros?	
¿Qué tipo de Seguros?	Suma Asegurada
Sinistro Ocurridos en los últimos tres (3) años:	

5. Programa de Coberturas

Descripción		Si ☐ No ☐
Cobertura de Desempeno		Si ☐ No ☐
		Si ☐ No ☐
		Si ☐ No ☐

Vigencia:		Forma de Pago	
Desde:	Hasta:	Anual	☐
Suma Asegurada		Semestral	☐
		Trimestral	☐
		Otro:	☐

Las Condiciones Generales y Particulares de esta póliza se encuentran disponibles para su revisión en la página www.davivienda.com.hn

El contratante hace constar que conoce y acepta las Condiciones Generales.

Lugar y Fecha:

Firma y Sello del Contratante

Para uso exclusivo de la Compañía de Seguros

Aprobado por:

Fecha de Aprobación

LA0211
Febrero 2019

Información del Agente/Asesor de Seguros

Para ser completado por el funcionario, intermediario o asesor que realizó la entrevista

Nombre del Responsable de la Entrevista	Número de Agente
Sucursal:	
¿Desde cuando conoce personalmente al solicitante?	
¿Le consta que el cliente completó y firmó la solicitud?	
¿Conoce usted, algún riesgo especial en la ocupación, o giro del solicitante?	
Especifique:	
Informe que mi relación con el potencial cliente es de tipo: Familiar ☐ Personal ☐ Referido ☐ Ninguna ☐	
¿Considera que el valor de los bienes objeto de seguro guardan relación con la actividad del cliente y su capacidad económica?	
¿Con fundamento en la respuestas obtenidas, resultado de la entrevista y demás verificaciones, recomienda al cliente para solicitar el seguro?	
Dejo evidencia y declaro haber realizado la entrevista presencial con el cliente y revisado la completación del presente formulario	
Ciudad:	Firma del responsable de la entrevista
Departamento:	
Fecha:	